In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









URTICAIRES

Définition

Dermatose inflammatoire, fréquente, caractérisée par :

- Papules œdémateuses
- Un grand nombre d'étiologies
- Survenue à tout âge

On distingue :

- Urticaire aiguë : évolue de quelques heures à quelques jours
- Urticaire chronique (poussées quotidiennes ou très rapprochées tous les 2-3 jours) : si évolution supérieure à 6 semaines

Le diagnostic, en général facile, repose sur l'interrogatoire et l'examen clinique essentiellement

Physiopathologie

L'urticaire correspond à un œdème dermique (U. superficielle) ou dermohypodermique (Urticaire profonde ou angio-œdème), dû à une vasodilatation avec augmentation de la perméabilité capillaire liée à la libération par les mastocytes des médiateurs inflammatoires dont le principal est l'histamine

Deux types de mécanismes peuvent être en cause :

- Immunologique, nécessitant une sensibilisation préalable : hypersensibilité immédiate de type anaphylactique ou hypersensibilité par activation du complément
- Non immunologique (mécaniques, pharmacologique) :
  - Apport direct ou libération d'histamine :
    Aliments riches en hitamine (fromages, fraise)
    Aliments histamino-libérateurs (crustacés)
  - Par libération d'acétylcholine dans certaines circonstances (effort, émotion)

Aspects cliniques :

1. Urticaire commune ou superficielle :

Eruption strictement cutanée (pas d'atteinte muqueuse)

Les papules ou plaques urticariennes sont érythémateuses ou rosées, œdémateuses, à bords nets

Prurigineuse

Lésions de taille, de nombre et de topographie variables

Fugace : chaque lésion disparait en moins de 24 heures (quelques minutes ou quelques heures) et sans laisser de traces

Migratrice

2. Urticaire profonde (angio-œdème ou œdème de Quincke) :

Tuméfaction à début brutal, mal limitée, de couleur de peau normale ou discrètement rosée, ferme à la palpation

Sièges préférentiels :

- Zones de tissus sous-cutanés lâches : paupières, lèvres, organes génitaux externes, extrémités des membres
- Muqueuses :
  - Surtout oro-laryngée (lèvres, langue, pharynx…) avec risque d'asphyxie par œdème glottique : l'apparition d'une dysphonie et d'une hypersialorrhée par troubles de la déglutition est un signal d'alarme
  - Plus rarement digestive : douleurs, diarrhée, vomissements

Sensation de tension douloureuse plutôt que de prurit

Moins fugace que l'urticaire commune, mais ne dépasse pas 24 heures

Associée le plus souvent à une urticaire superficielle, mais parfois isolée

L'œdème de Quincke peut être le signe inaugural d'un choc anaphylactique

Etiologies :

I. Médicaments :

Tous les médicaments peuvent être incriminés, mais les plus incriminés sont : béta-lactamines, aspirine, AINS, produits de contraste iodés, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, anesthésiques généraux (curares), sérums et vaccins

Les médicaments sont le plus souvent responsables d'urticaires aiguës que chroniques

En cas de mécanisme allergique, des explorations peuvent être réalisées in vivo (prick test, IDR), par des équipes spécialisées, en milieu hospitalier

II. Aliments :

Les aliments sont responsables d'urticaire aiguë, exceptionnellement d'urticaire chronique

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, dosage des Ig E spécifiques (RAST), prick-test, effet du régime d'éviction, test de réintroduction en milieu hospitalier

Les principaux aliments responsables (liste non exhaustive) : poisson (thon +++), crustacés, arachide, noisettes, fraise, tomate, œufs (blanc d'œuf), chocolat, lait, fromages fermentés, céleri, épinards ; les additifs (colorants, conservateurs) ou la pénicilline (présente à l'état de traces dans certains aliments) peuvent être incriminés

III. Urticaires inductibles (physiques) :

Se traduit par une réactivité anormale de la peau à l'égard de certains agents physiques

Le stimulus physique est reproductible (test de provocation)

Etiologie la plus fréquente des urticaires chroniques

1. Dermographisme:

Déclenché en quelques minutes par la friction cutanée (pli vestimentaire, grattage…) et disparait en une demi-heure

Se traduit par des stries urticariennes

Reproduit par le frottement à l'aide d'une pointe mousse = urticaire à la pression immédiate

2. Urticaire cholinergique :

Micro-papules urticariennes, prédominant au haut du tronc et la racine des cuisses, de durée brève

Déclenchée par la chaleur, une sudation, un effort physique, une émotion, un bain chaud

3. Urticaire au froid :

Déclenchée par l'eau ou l'air froids, pluie, neige, baignade ; peut aussi toucher la muqueuse bucco-pharyngée (boisson glacée)

Reproduite par le test au glaçon sur la face antérieure de l'avant-bras

4. Urticaire retardée à la pression :

Apparait, 3 à 12 heures, après une forte pression : paumes après port d'un objet lourd, plantes après station debout prolongée, ceinture, fesses après station assise prolongée

Le diagnostic est confirmé par le port d'un poids de 6 kg, pendant 20 mn, sur l'épaule, avec lecture tardive

5. Urticaire aquagénique :

Micro-papules urticariennes se déclenchant lors du contact avec l'eau, quelle que soit sa température

Reproduite par l'application d'une compresse mouillée à 37 degrés

6. Autres :

Urticaire solaire ; urticaire à la chaleur locale ; urticaire vibratoire

IV. Autres causes d'urticaires :

1. Urticaires de contact :

Réactions urticariennes rapides localisées au point de contact, mais pouvant se généraliser avec parfois des manifestations générales et risque de choc anaphylactique

Allergènes variés : végétaux (orties, algues), animaux (chenilles, méduses), aliments, médicaments, latex (les personnels de santé avec des formes parfois sévères)

2. **Piqûres d'hyménoptères** (Guêpes, frelons, abeilles)

Risque de choc anaphylactique

3. **Infections** (virales ou parasitaires)

V. Urticaires spontanées : Ce sont des urticaires « idiopathiques »

Représentent jusqu'à 70 % des U chroniques

On doit les considérer comme des urticaires en attente de diagnostic

Traitement

Le traitement de l'urticaire repose dans tous les cas sur l'éviction (médicament, aliment, agent de contact, facteur physique déclenchant) ou le traitement de l'éventuelle étiologie (infection…)

I. Traitement symptomatique :

1) ***Les antihistaminiques anti-H1*** **:** sont toujours prescrits en première intention :

Agissent par antagonisme spécifique et compétitif au niveau des récepteurs de l'histamine H1 + inhibition de la libération d'histamine par le mastocyte

- **Les Anti-H1 de première génération :**

Polaramine* (Dexchlorphéniramine) : cp à 2 - 6 mg, sirop, injectable

Atarax* (Hydroxyzine) : cp à 25 mg, sirop, injectable

Primalan* (Méquitazine) : cp à 5 – 10 mg, sirop

Ils sont sédatifs

Ont une action anticholinergique : contre-indiqués en cas de glaucome à angle droit et d'adénome prostatique

Effets indésirables possibles : somnolence (prescription le soir +++), effet atropinique

- **Les Anti-H1 de deuxième génération :**

Loratadine (Clarytine*, Tirlor*) : cp, sirop et **Desloratadine (Aerius*, Deslor*) :** cp, sirop

Telfast *(Fexofénadine) : cp à 180 mg

Zyrtec*(cetirizine) : cp, gouttes

Sont peu ou pas sédatifs

Demi-vie longue (prise unique)

Contre-indiqués chez l'enfant de moins de 2 ans et femme enceinte

2) ***La corticothérapie générale n'est pas un traitement de l'urticaire commune (c'est l'un des traitements de l'urticaire profonde)***

II. Indications :

a) Urticaire superficielle isolée et aiguë :

Régresse souvent spontanément

Anti-H1 per os, pendant 10 à 15 jours

Les molécules de seconde génération sont prescrites en première intention

En deuxième intention si composante anxiogène ou prurit surtout nocturne : Anti H-1 de de 2ème génération le matin et de 1ère génération le soir

b) Urticaire chronique :

Anti H-1 de 2ème génération pendant au moins 3 mois, à diminuer progressivement, sont parfois prescrits pendant plusieurs années

En cas d'échec :

- Augmenter la posologie, jusqu'à 4 fois la dose
- Changement de molécule
- Associer un Anti H-1 de 1ère génération à celui de 2ème

Urticaire cholinergique : Atarax* +++

c) Œdème de Quincke :

- **Dans les formes modérées :**

Commencer par les corticoïdes par voie parentérale : bétaméthasone (célestène*) ou dexametasone ou méthylprednisolone (solumédrol*) [20 à 40 mg en IM ou IV lente en fonction de la gravité]

Ensuite Anti H-1 par voie parentérale (exp : Polaramine) et relais per os

- **En cas de simple « gêne » respiratoire :**

Adrénaline en aérosol (dyspné-inhal*) en plus des mesures précédentes

Surveillance en milieu hospitalier

- **En cas de dyspnée (œdème de la glotte) = Urgence médicale +++**

Immédiatement : adrénaline SC ou IM 0.25 ou 0.5 mg, à répéter si besoin toutes les 15 minutes et oxygène

Ensuite : hospitalisation d'urgence en réanimation (répétition de l'adrénaline, corticoïdes IV : solumédrol*, Anti H-1 IV, intubation voire trachéotomie)

d) **Signes de choc anaphylactique :** mesures de réanimation (adrénaline, remplissage, oxygénation…)